

Tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân lọc máu định kỳ tại một bệnh viện ở Thành phố Cần Thơ

Lương Diễm Trinh¹, Phạm Thị Tố Liên^{1*}, Nguyễn Thành Duy²,
Võ Phát Đạt³, Nguyễn Thị Tú Trinh⁴

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

³Trung tâm Y tế khu vực Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp

⁴Trung tâm Y tế Thành phố Rạch Giá, tỉnh Kiên Giang

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một vấn đề phổ biến và khó kiểm soát ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu định kỳ. Do đó, việc lựa chọn và sử dụng thuốc điều trị phù hợp cho nhóm bệnh nhân này rất quan trọng, nhằm tối ưu hóa kiểm soát huyết áp và giảm thiểu nguy cơ biến chứng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm sử dụng và đánh giá tính hợp lý của thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu hồ sơ bệnh án ngoại trú của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu định kỳ mắc kèm tăng huyết áp năm 2024 - 2025. **Kết quả:** Có 127 hồ sơ bệnh án được thu thập trong đó tuổi trung bình của các bệnh nhân là 52.7 ± 13.6 . Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là chẹn kênh canxi với tỷ lệ 96.1%. Phác đồ 3 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 44.1%. Phối hợp 3 nhóm thuốc chẹn kênh canxi, chẹn thụ thể angiotensin và kháng giao cảm (methyldopa) chiếm tỷ lệ cao nhất. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp thuốc. Tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý chung là 10.2%, cần đặc biệt lưu ý điều chỉnh liều dùng và tần suất sử dụng phù hợp với tình trạng lâm sàng và chức năng thận của từng bệnh nhân.

Từ khóa: thuốc điều trị tăng huyết áp, suy thận mạn, lọc máu định kỳ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là một vấn đề y tế toàn cầu với tỷ lệ hiện mắc và tử vong ngày càng gia tăng. Ước tính có khoảng 850 triệu người trên toàn thế giới đang mắc bệnh thận mạn, chiếm khoảng 10% dân số trưởng thành ở các mức độ tiến triển khác nhau của bệnh [1]. Bệnh thận mạn hiện là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 10 trên toàn cầu, với hơn 1.2 triệu ca tử vong mỗi năm vào năm 2017, và được dự báo sẽ trở thành nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 5 vào năm 2040 [2]. Tại Việt Nam, bệnh thận mạn cũng đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng. Một nghiên cứu dịch tễ học tại Thành phố Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn ở người trưởng thành là 13.1% [3]. Tăng huyết áp kéo dài là một trong những nguyên nhân chính gây suy giảm chức năng thận. Ngược lại, ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn, tăng huyết áp cũng là một biến chứng phổ biến và khó kiểm soát. Theo thống kê, có đến 80 - 90% bệnh nhân bệnh

thận mạn giai đoạn cuối có tăng huyết áp tại thời điểm bắt đầu lọc máu, cũng như là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở bệnh nhân lọc máu định kỳ [4]. Để kiểm soát và duy trì được huyết áp, hầu hết bệnh nhân mắc bệnh thận mạn cần sử dụng kết hợp nhiều thuốc điều trị tăng huyết áp, có thể cần kết hợp ba đến bốn nhóm thuốc khác nhau. Tuy nhiên, việc suy giảm chức năng thận ở bệnh nhân suy thận mạn và sử dụng đồng thời nhiều loại thuốc có thể dẫn đến vấn đề sử dụng thuốc chưa hợp lý làm ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Thực tế, trong một vài nghiên cứu gần đây, tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo chưa hợp lý còn khá cao [5, 6]. Xuất phát từ những thực tiễn trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ sử dụng và đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu định kỳ.

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Tố Liên

Email: pttlien@ctump.edu.vn

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân suy thận mạn được chỉ định lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo từ 01/01/2024 - 31/3/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân suy thận mạn được chỉ định lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo (ICD-10: N18), được chẩn đoán tăng huyết áp (ICD10: I10) và được điều trị bằng thuốc hạ huyết áp.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân < 18 tuổi, bệnh nhân ung thư, phụ nữ có thai và HSBA không đủ thông tin thu thập.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Toàn bộ HSBA thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc các tiêu chuẩn loại trừ từ 01/01/2024 - 31/3/2025. Thực tế chúng tôi thu thập được 127 HSBA đáp ứng các tiêu chuẩn.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới tính, chỉ số BMI, bệnh lý mắc kèm, tần suất lọc máu, tỷ lệ sử

dụng erythropoietin. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp: Số lượng thuốc hạ huyết áp trong đơn, tần suất và tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc, các phối hợp thuốc trong đơn. Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp hợp lý về các tiêu chí: Chỉ định, liều dùng, tần suất dùng, thời điểm dùng, tương tác thuốc được xét theo các tài liệu: Tờ hướng dẫn sử dụng kèm theo các thuốc, Dược thư Quốc gia Việt Nam năm 2022, Hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hội Tim mạch học Việt Nam 2022. Tương tác thuốc được ghi nhận ở mức độ nghiêm trọng và chống chỉ định theo phần mềm Medscape.com.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 27.0. Thống kê mô tả: Các biến liên tục phân phối chuẩn được biểu diễn bằng giá trị trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (SD), các biến định tính được biểu diễn theo tần số và tỷ lệ %.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y dược Cần Thơ với mã số 24.034.HV/PCT-HĐĐĐ. Được thực hiện theo các nguyên tắc về đạo đức y học. Các thông tin cá nhân về sức khỏe, bệnh tật của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính của bệnh nhân trong nghiên cứu

Nội dung		Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
Giới tính	Nam	66	52.0
	Nữ	61	48.0
Nhóm tuổi	18 - 30	4	3.2
	31 - 59	86	67.7
	≥ 60	37	29.1
	52.7 $\pm$ 13.6		

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 52% cao hơn so với nữ. Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là

52.7 $\pm$ 13.6. Nhóm bệnh nhân từ 31 đến 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 67.7%.

Bảng 2. Đặc điểm BMI của bệnh nhân trong nghiên cứu

BMI (kg/m ²)	Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
< 18.5	25	19.7
18.5 - 22.9	67	52.7
23 - 24.9	19	15
≥ 25	16	12.6
BMI trung bình	21 $\pm$ 3.22	

Nhận xét: Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có chỉ số BMI từ 18.5-22.9 chiếm tỷ lệ cao nhất 52.7%.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh mắc kèm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Loại bệnh đồng mắc	Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
Thiếu máu	127	100
Rối loạn lipid máu	94	74
Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	72	56.7
Trào ngược dạ dày thực quản	16	12.6
Suy tim	14	11
Đái tháo đường	2	1.6

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu, kế tiếp là rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 74% và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn với 56.7%.

Bảng 4. Tần suất lọc máu và tỷ lệ sử dụng erythropoietin trong nghiên cứu

Nội dung		Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
Sử dụng erythropoietin	Có	127	100
	Không	0	0
Số lần lọc máu trong tuần	1	1	0.8
	2	10	7.9
	3	116	91.3

Nhận xét: Kết quả cho thấy 100% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có sử dụng erythropoietin. Đa số bệnh nhân được lọc máu với tần suất 3 lần trong tuần.

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp

Bảng 5. Tần suất và tỷ lệ các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trong nghiên cứu

Nhóm thuốc	Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
Ức chế men chuyển (ACEI)	0	0
Chẹn thụ thể Angiotensin II (ARB)	97	76.4
Chẹn thụ thể Beta (BB)	35	27.6
Chẹn kênh canxi (CCB)	122	96.1
Lợi tiểu (LT)	80	70.0
Kháng giao cảm	65	51.2

Nhận xét: Nhóm thuốc chẹn kênh canxi (CCB) được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 96.1%, kế tiếp là nhóm ức chế thụ thể angiotensin (ARB) với tỷ lệ

76.4% và nhóm lợi tiểu 70%. Nhóm thuốc ức chế men chuyển không được sử dụng ở bệnh nhân trong nghiên cứu.

Bảng 6. Tần suất và tỷ lệ các thuốc điều trị tăng huyết áp trong từng nhóm

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
ARB	Irbesartan	18	14.2
	Telmisartan	78	61.4
	Losartan	1	0.8
BB	Bisoprolol	14	11.0
	Nebivololol	21	16.6
CCB	Nifedipin	101	79.5
	Amlodipin	21	16.5
LT	Furosemid	79	62.2
	Spironolacton	1	0.8
Kháng giao cảm	Methyldopa	65	51.2

Nhận xét: Có 10 hoạt chất trong 6 nhóm thuốc được lựa chọn sử dụng. Trong đó, nifedipin chiếm tỷ lệ cao nhất 79.5%.

Bảng 7. Số lượng thuốc điều trị tăng huyết áp được sử dụng trên bệnh nhân

Số lượng thuốc điều trị tăng huyết áp	Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
1	5	3.9
2	25	19.7
3	56	44.1
4	29	22.8
5	12	9.5
Số lượng thuốc trung bình	3.14 ± 0.97	

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, trung bình bệnh nhân sử dụng 3.14 ± 0.97 thuốc điều trị tăng huyết áp.

Bảng 8. Các phối hợp thuốc điều trị tăng huyết áp được sử dụng trong đơn thuốc

Phối hợp	Thuốc phối hợp	Tần suất (n = 127)	Tỷ lệ (100%)
2 thuốc	ARB + CCB	5	3.9
	ARB + LT	3	2.4
	CCB + LT	15	11.8
	CCB + Methyldopa	2	1.6
3 thuốc	ARB + CCB + LT	20	15.7
	ARB + CCB + Methyldopa	23	18.1
	ARB + CCB + BB	6	4.7
	CCB + LT + Methyldopa	5	4
	CCB + LT + BB	1	0.8
	CCB+ LT (furosemid) + Spironolacton	1	0.8
4 thuốc	ARB + CCB + BB + LT	6	4.7
	ARB + CCB + BB + Methyldopa	8	6.3
	ARB + CCB + LT + Methyldopa	15	11.8
5 thuốc	ARB + CCB + LT + BB + Methyldopa	12	9.5

Nhận xét: Kết quả cho thấy phác đồ phối hợp 3 thuốc gồm ARB + CCB + Methyldopa được sử dụng nhiều nhất.

3.3. Tỷ lệ hợp lý trong sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp

Bảng 9. Tỷ lệ hợp lý trong sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp

Tiêu chí		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Chỉ định thuốc	Hợp lý	127	100
	Chưa hợp lý	0	0
Liều dùng	Hợp lý	77	61.6
	Chưa hợp lý	50	39.4
Tần suất dùng thuốc	Hợp lý	13	10.2
	Chưa hợp lý	114	89.8
Thời điểm dùng thuốc	Hợp lý	127	100
	Chưa hợp lý	0	0
Tương tác thuốc	Hợp lý	127	100
	Chưa hợp lý	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp chưa hợp lý cao nhất là về tần suất dùng với 89.8%, tiếp theo là chưa hợp lý về liều dùng với 39.4%. Tỷ lệ hợp lý về chỉ định và thời điểm dùng thuốc đạt

100%. Không xuất hiện tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng và chống chỉ định. Khi xét chung cả 5 tiêu chí, tỷ lệ sử dụng thuốc hợp lý chung trong nghiên cứu là 10.2%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu có tỷ lệ bệnh nhân nam (52%) cao hơn nữ (48%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Thùy năm 2022 với tỷ lệ bệnh nhân nam 52.3% và nữ 47.7% [3]. Kết quả chênh lệch giữa nam và nữ có thể do nam giới thường liên quan đến các yếu tố nguy cơ tim mạch như hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia,... [7].

Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 52.7 ± 13.6 . Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy An năm 2022 với tuổi trung bình là 52.58 ± 13.25 [8]. Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp [9]. Khi tuổi càng cao, thành mạch máu càng lão hóa và xơ cứng, giảm khả năng đàn hồi nên áp lực trong lòng mạch sẽ tăng lên.

Trong mẫu nghiên cứu bệnh mắc kèm thiếu máu chiếm tỷ lệ 100%, kế tiếp là tình trạng rối loạn lipid máu với 74% và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn với 56.7%, tỷ lệ thấp nhất là đái tháo đường chỉ chiếm 1.6%. Kết quả này có sự khác biệt đáng kể so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy An năm 2022 tại Trung tâm y tế thị xã Giá Rai với tỷ lệ các bệnh trên lần lượt là 4.32%, 4.32% và 7.91% [8]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ quy mô khác nhau của các cơ sở y tế, dẫn đến sự khác nhau trong mô hình bệnh tật.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu có sử dụng erythropoietin trong điều trị. Tỷ lệ này tương đồng so với nhiều nghiên cứu khác trên đối tượng bệnh nhân lọc máu bằng thận nhân tạo. Đa số bệnh nhân lọc máu với tần suất 3 lần trong tuần chiếm tỷ lệ 91.3%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Thạch Phận (2023) với cùng tỷ lệ 91.3% [6]. Sử dụng erythropoietin tái tổ hợp cùng với bổ sung sắt rất quan trọng trong điều trị thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn, giúp giảm nguy cơ truyền máu [10].

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp

Nhóm thuốc được lựa chọn nhiều nhất trong nghiên cứu là CCB (96.1%), kế tiếp là nhóm thuốc chẹn thụ thể angiotensin 76.4%, nhóm thuốc lợi tiểu 70% và nhóm kháng giao cảm (methyldopa) 51.2%. Nhóm thuốc ức chế men chuyển không được sử dụng trên các bệnh nhân trong nghiên cứu. Kết quả này khác biệt với kết quả của một số nghiên cứu khác ở tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc ức chế men chuyển. Trong kết quả nghiên cứu của

Nguyễn Thị Anh Thi (2016) [11] nhóm thuốc ức chế men chuyển chiếm tỷ lệ cao nhất 82.72% và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thúy An (2022) [8] nhóm thuốc này chiếm tỷ lệ đến 92.8%. Nhóm thuốc ức chế men chuyển và chẹn thụ thể angiotensin được ưu tiên chỉ định cho bệnh nhân có bệnh thận mạn, có albumin hoặc protein niệu. ARB có tác dụng tương tự ACEI nhưng không làm tăng nồng độ bradykinin nên ít gây ho khan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Josep Henry Panjaitan và Feldi Gazaly tại Indonesia công bố năm 2023 [12] cho thấy thuốc hạ huyết áp được sử dụng phổ biến nhất là CCB và thuốc hạ huyết áp phối hợp 2 thuốc được sử dụng phổ biến nhất là CCB và ARB. Nhóm chẹn kênh canxi là một nhóm thuốc hạ huyết áp an toàn và nhanh chóng cho bệnh nhân có bệnh thận mạn tính, đặc biệt ở bệnh nhân suy thận nặng.

Tỷ lệ sử dụng thuốc lợi tiểu trong nghiên cứu chiếm 70%, hầu hết là thuốc lợi tiểu quai furosemid. Ước lượng muối và nước là các yếu tố chính góp phần gây tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh thận mạn cũng như làm tăng tỷ lệ tử vong ở đối tượng bệnh nhân này. Khi suy thận nặng ($GFR < 30$ mL/phút) các thuốc lợi tiểu thiazid và thiazid like không còn tác dụng lợi tiểu. Trong trường hợp này, bệnh nhân có thể sử dụng lợi tiểu quai như furosemid. Đặc biệt là khi tình trạng phù đáng kể và tăng huyết áp kháng trị, ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 4 - 5. Ngoài ra, furosemid còn tăng thải trừ kali giúp giảm tác dụng phụ tăng kali của nhóm thuốc chẹn thụ thể angiotensin II. Nhóm thuốc kháng giao cảm với hoạt chất methyldopa cũng được sử dụng khá nhiều, chiếm tỷ lệ 51.2%. Methyldopa làm giảm huyết áp cả ở tư thế đứng và tư thế nằm. Thuốc không ảnh hưởng trực tiếp tới chức năng thận và tim [13]. Methyldopa không phải nhóm thuốc ưu tiên hàng đầu để điều trị tăng huyết áp, song có thể phối hợp với các thuốc khác trong điều trị tăng huyết áp kháng trị trên bệnh nhân suy thận.

Trong mẫu nghiên cứu có 96.1% bệnh nhân được điều trị phối hợp từ 2 nhóm thuốc hạ huyết áp trở lên. Số lượng thuốc điều trị tăng huyết áp trung bình trong đơn là 3 thuốc chiếm tỷ lệ 44.1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Thạch Phận (2023) với trung bình 3 ± 1 thuốc trong đơn [6]. Theo khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam năm 2022 việc phối hợp thuốc được hướng dẫn sử dụng ngay từ bước đầu [9]. Phần lớn bệnh nhân lọc máu định kỳ có tăng huyết áp cần phối

hợp nhiều nhóm thuốc khác nhau mới kiểm soát được huyết áp như mong muốn cũng như phòng và tránh các biến cố tim mạch. Hiệu quả giảm huyết áp và giảm albumin niệu của thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin được cải thiện khi phối hợp với thuốc lợi tiểu và áp dụng chế độ ăn giảm muối. Các thuốc này cũng có thể phối hợp đồng thời thuốc chẹn kênh canxi [10]. Việc phối hợp thuốc giúp tăng hiệu quả, giảm tác dụng phụ, cải thiện kiểm soát huyết áp và giảm nguy cơ biến chứng so với việc tăng liều trong liệu pháp đơn trị một hoạt chất.

4.3. Tỷ lệ sử dụng thuốc hạ huyết áp hợp lý trong mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp đúng chỉ định đạt mức cao, với 100% các trường hợp. Việc lựa chọn thuốc phù hợp đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa hiệu quả kiểm soát huyết áp mục tiêu và hạn chế tối đa các tác dụng không mong muốn cho bệnh nhân lọc máu định kỳ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 89.8% trường hợp sử dụng thuốc chưa hợp lý liên quan đến tần suất dùng trong ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Thùy năm 2022 tại Kiên Giang ghi nhận tần suất sử dụng thuốc là yếu tố kê đơn chưa hợp lý phổ biến nhất, với tỷ lệ 47.1% [5]. Kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy tỷ lệ này cao hơn đáng kể. Tần suất dùng chưa hợp lý xuất hiện nhiều nhất ở hoạt chất nifedipin, làm gia tăng tỷ lệ sử dụng thuốc chưa hợp lý. Tần suất dùng thuốc nhiều lần trong ngày có thể gây ra tình trạng tăng liều tích lũy và làm giảm khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ sử dụng thuốc hạ huyết áp chưa hợp lý về liều dùng chiếm 39.4%. Liều điều trị phù hợp là yếu tố then chốt để đạt hiệu quả và đảm

bảo an toàn cho bệnh nhân. Liều dùng thấp có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị không đạt mục tiêu. Liều dùng cao có thể dẫn đến tình trạng hạ huyết áp quá mức và làm tăng tác dụng phụ. Theo một số khuyến cáo, thay vì tăng liều tối đa của một hoạt chất, nên ưu tiên phối hợp các thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau ở liều trung bình nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ tác dụng phụ.

Thời điểm dùng thuốc trong nghiên cứu có tỷ lệ hợp lý là 100%. Nhìn chung, tỷ lệ này tương đối cao so với nghiên cứu của Thạch Phận năm 2023 với 57% không hợp lý theo khuyến cáo [6]. Sự chênh lệch này có thể do sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng các hoạt chất điều trị tăng huyết áp không tương đồng giữa 2 nghiên cứu, đặc biệt các hoạt chất ở nhóm thuốc ức chế men chuyển.

Nghiên cứu không ghi nhận tương tác nghiêm trọng hoặc chống chỉ định có liên quan đến các thuốc điều trị tăng huyết áp. Tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thúy An năm 2022 với 2.16% và Nguyễn Thành Tam năm 2021 với 2.11% tương tác ở mức độ nghiêm trọng [8, 14].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu ghi nhận kết luận như sau: nhóm thuốc chẹn kênh canxi (CCB) được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 96.1%, kế tiếp là nhóm thuốc chẹn thụ thể angiotensin 76.4%. Nhóm thuốc ức chế men chuyển không được sử dụng trong mẫu nghiên cứu. Hầu hết bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phối hợp thuốc, trong đó phác đồ phối hợp 3 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 44.1%. Việc đẩy mạnh hoạt động thông tin thuốc và dược lâm sàng là cần thiết nhằm nâng cao chất lượng kê đơn hợp lý cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị lọc máu định kỳ tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Jager, K. J. et al., "A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases". *Nephrology Dialysis Transplantation*, Vol.34, No.11, pp.1803-1805, 2019. DOI: 10.1093/ndt/gfz174.

[2] Xie K. et al. "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2021: a systematic analysis for the global burden of

disease study 2021". *Renal Endocrinology*, Vol. 16-2025. DOI: 10.3389/fendo.2025.1526482.

[3] V. H. Nghĩa et al, "A Predictive Nomogram for Selective Screening of Chronic Kidney Disease: A Population-Based Study". *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 2025. DOI: 10.1177/20543581241309979.

[4] KidneyDisease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group, "KDIGO 2021

Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease”, *Kidney International*, Vol.99, No.3S, pp.S1-S87, 2021.

[5] N. M. Thùy, “Nghiên cứu tình hình và tính hợp lý trong sử dụng thuốc hạ áp trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang năm 2021”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Cần Thơ, 2022.

[6] T. Phận và cộng sự, “Tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện An Sinh Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023”, *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng*, 29 (5-2024), pp. 89-98, 2024.

[7] World Health Organization, “National Survey on the Risk Factors of Noncommunicable Diseases in Viet Nam 2021”, 2025.

[8] N. T. An, “Nghiên cứu tình hình và đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai năm 2021-2022”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, 2022.

[9] Hội Tim mạch học Việt Nam - Phân hội tăng

huyết áp, “Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp”, 2022.

[10] Bộ Y tế, *Quyết định 2388/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận”*, 2024.

[11] N. T. A. Thi và N. V. Tập, “Tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp kèm suy thận mạn tại Khoa Nội thận - Lọc máu Bệnh viện quận Bình Thạnh, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2014”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Vol.20, No.5, 2016.

[12] J. Panjaitan and F. Gazaly, “Pharmacotherapy of Hypertension in Chronic Dialysis Patients in USU Hospital Medan”, *Journal of Endocrinology Tropical Medicine and Infectious Disease*, Vol.5, No.1, pp. 44-54, 2023. DOI: 10.32734/jetromi.v5i1.12193

[13] Bộ Y tế, *Dược thư Quốc gia Việt Nam*. Nxb Y học, 2022.

[14] N. T. Tam, “Nghiên cứu tình hình sử dụng, tương tác thuốc và chi phí điều trị trên bệnh nhân đang lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Quân Dân Y tỉnh Đồng Tháp”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, 2021.

Utilization of antihypertensive drugs among patients undergoing maintenance hemodialysis at a hospital in Can Tho City

Luong Diem Trinh, Pham Thi To Lien, Nguyen Thanh Duy,
Vo Phat Dat, Nguyen Thi Tu Trinh

ABSTRACT

Background: Hypertension is a prevalent and challenging condition to manage in patients with chronic kidney disease undergoing maintenance hemodialysis. Therefore, the appropriate selection and utilization of antihypertensive medications in this patient population is crucial to optimize blood pressure control and minimize the risk of complications. **Objectives:** To determine the characteristics and evaluate the rationality of antihypertensive drug use in hemodialysis patients with hypertension. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 127 outpatient medical records at a Hospital in Can Tho City during the period of 2024 - 2025. **Results:** The average age of patients was 52.7 ± 13.6 years. Calcium channel blockers were the most commonly used drug class, accounting for 96.1% of the prescriptions. Triple-drug regimens were the most frequently used regimen, representing 44.1% of the cases. The most common combination was calcium channel blockers, angiotensin receptor blockers, and adrenergic inhibitors (methyldopa). **Conclusions:** In this study, combination pharmacotherapy was commonly used in the management of patients. The overall rate of appropriate

medication use was only 10.2%, highlighting the need for careful adjustment of dosage and frequency based on each patient's clinical condition and renal function.

Keywords: *antihypertensive drugs, chronic kidney disease, regular hemodialysis*

Received: 09/5/2025

Revised: 08/7/2025

Accepted for publication: 10/7/2025